

Adolescenti in sovrappeso

Importanti differenze, con un Nord abitato da ragazzi tendenzialmente più in forma

Alberto Borraccino*

Raccontare i nostri ragazzi, le loro preferenze, le loro scelte e i comportamenti, più in generale del loro stile di vita è complesso e spesso conduce nell'errore di ingigantire problemi di impatto emotivo e di sminuire invece problemi diffusi di grande importanza per il futuro.

Riviste divulgative e giornali da un lato e riviste scientifiche dall'altro, televisione o più in generale i media, lo hanno fatto, adottando approcci differenti e spostando l'attenzione di lettori ed ascoltatori su problemi ora di importanza individuale e ora di risonanza sociale. Tanto è l'interesse intorno ai nostri ragazzi che frequentemente le informazioni che rimbalzano, e talvolta rimbombano, nei diversi media offrono prospettive allarmanti e frequentemente contraddittorie. Numeri e percentuali vengono talvolta citati a soggetto. Informazioni provenienti da studi rigorosi e altamente affidabili, si mescolano sempre più spesso con altre recuperate da fonti non accreditate, di affidabilità e qualità discutibile.

Con l'obiettivo di aumentare la qualità, ma soprattutto la veridicità delle informazioni che parlano dei nostri ragazzi è stato avviato in Italia un importante progetto che Ministero della Salute e quello dell'Istruzione (MIUR) hanno adottato. Attraverso una metodologia rigorosa e grazie al contributo di un equipo internazionale di esperti, è stato avviato il progetto di monitoraggio sui comportamenti e sulle scelte di salute nei ragazzi in età compresa tra gli 11 e i 15 anni di età: lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), uno studio sui

I dati epidemiologici confermano che la gestione del peso nell'età dello sviluppo è diventata una priorità di salute per moltissimi paesi europei e nel mondo.

comportamenti e la salute nei ragazzi in età scolare. HBSC è un progetto internazionale che coinvolge 48 paesi nel mondo, sotto l'egida dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Salute (WHO, 2015).

A partire dall'anno 2010 l'Italia ha adottato HBSC come sistema di sorveglianza dei comportamenti correlati con la salute nei ragazzi in età pre-adolescenziale e da quest'anno, insieme allo studio Okkio alla Salute, rivolto ai ragazzi in età compresa tra i 6 ed i 10 anni di età è ufficialmente inserito tra le sorveglianze nazionali promosse dal Ministero della Salute e MIUR all'interno del programma Guadagnare Salute.

Grazie alla collaborazione tra la redazione di questo giornale e l'Università di Torino, referente internazionale HBSC insieme a quella di Padova, di Siena e all'Istituto Superiore di Sanità, anche in questo numero di Promozione salute possiamo aprire una finestra su uno dei numerosi aspetti trattati da HBSC. Obiettivo di questo numero è quello di affrontare aspetti legati alla condizione ponderale e nutrizionale dei nostri ragazzi (maggiori dettagli su studio, estensione, metodologia e risultati principali su www.hbsc.unito.it)

L'aumento ponderale oltre i limiti della normalità è un problema noto in letteratura internazionale. Il sovrappeso, ma, soprattutto, l'obesità è uno tra i fattori di rischio più importanti per i disturbi di peso in età adulta, ed è il fattore di rischio più

rilevante per ipertensione, iperlipidemia, diabete di tipo 2 in giovane età (Wilson, 2003) e per buona parte delle condizioni morbose associate alle malattie cronico-degenerative in età più adulta (WHO, 2015).

Per diagnosticare sovrappeso o obesità negli adulti è comune ricorrere alla valutazione dell'indice di massa corporea (IMC), o BMI secondo l'acronimo inglese (Body Mass Index). Quando in un adulto il valore del BMI, calcolato come rapporto tra il peso in chilogrammi ed il quadrato dell'altezza in metri (Kg/m^2), supera i valori soglia di 25 e di 30 Kg/m^2 si parla di sovrappeso o di obesità.

Identificare precocemente una situazione di sovrappeso o di obesità nell'età dello sviluppo è però più complesso ed il risultato è meno affidabile. Nei ragazzi sotto i 18 anni di età il BMI non è una misura statica, ma varia con età e sesso. La composizione del grasso corporeo, così come peso e altezza, variano continuamente durante la crescita ed in modo differente nei ragazzi e nelle ragazze, così come nelle diverse etnie. Esistono inoltre variazioni all'interno dei sotto gruppi della stessa popolazione, ad esempio tra nord e sud in paesi come l'Italia.

L'interpretazione dell'indice di massa corporea, quindi, dipende da molteplici fattori e necessita di una popolazione appropriata da utilizzare come riferimento. Nel periodo dello sviluppo piuttosto che riferirsi ad un valore assoluto di BMI ci si riferisce

al valore del BMI come percentile rispetto alla distribuzione delle misure della popolazione scelta come riferimento. Il 50° percentile corrisponderà al valore mediano della popolazione. Un percentile pari ad esempio a 40 indica per esempio che il 40% della popolazione avrà un valore di BMI inferiore e il 60% superiore. Clinicamente un BMI uguale o superiore al 85°centile indica un valore che si colloca sopra all'85% delle misure della popolazione di riferimento e, per convenzione, identifica una situazione di sovrappeso mentre un BMI superiore al 95°centile viene interpretato come segno di obesità (Cole, 2012).

Nonostante queste limitazioni il BMI è però la misura più consigliata e anche la più utilizzata sia a livello individuale, con rilevanza clinica, che al livello epidemiologico, come misura di salute della collettività.

Nello studio HBSC, coerentemente con la metodologia adottata, viene chiesto ai ragazzi di riportare il loro peso e la loro altezza, successivamente, in fase di analisi, viene calcolato il valore di BMI per età e genere e viene riportato come percentile. Per questo lavoro i percentili di BMI sono stati calcolati utilizzando le tabelle internazionali di peso, altezza e BMI della International Obesity Task Force (IOTF) (Cole, 2012).

Nella Figura 1 sono riportati i dati relativi alle percentuali di sovrappeso e obesità (BMI superiore o uguale all'85° centile) dei ragazzi (in azzurro) e delle ragazze (in rosa) nelle due ultime survey HBSC, quella del 2010 (in tinte chiare ed in secondo piano e quella del 2014 in colori più intensi), nelle tre fasce d'età 11-13 e 15 anni e per regione di appartenenza, raggruppando le regioni in Nord, Centro e Sud Italia. Nella prima riga è riportato il valore percentuale medio di sovrappeso per l'Italia complessivamente, le due linee verticali riportate in ogni grafico rappresentano invece la percentuale HBSC 2014 di sovrappeso e obesità per i maschi e per le femmine in tutti i paesi partecipanti all'indagine complessivamente.

La prima informazione che emer-

ge nitida è che i ragazzi, nel 2014, sono risultati più magri rispetto ai coetanei del 2010, in tutte le fasce di età osservate. La percentuale di ragazzi in sovrappeso nel 2014 (linea più intensa in primo piano) è infatti più piccola in quasi tutte le regioni. La stessa percentuale nelle ragazze, inoltre, è sempre inferiore rispetto a quella dei maschi in tutte e tre le fasce d'età e in tutte le regioni, con la sola eccezione della Puglia negli undicenni.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale, invece, si osservano importanti disuguaglianze di salute, con un Nord abitato da ragazzi tendenzialmente più in forma rispetto ai coetanei del Centro e del Sud. Nelle sette regioni settentrionali e solo in alcune del centro Italia, infatti, il valore di BMI si colloca sempre al di sotto della media nazionale, mentre è costantemente superiore al Sud.

Interessanti, poi, sono i dati riguardanti Bolzano, la Sardegna e la Toscana che risultano essere la città e le regioni in cui vivono gli adolescenti meno "in sovrappeso" d'Italia.

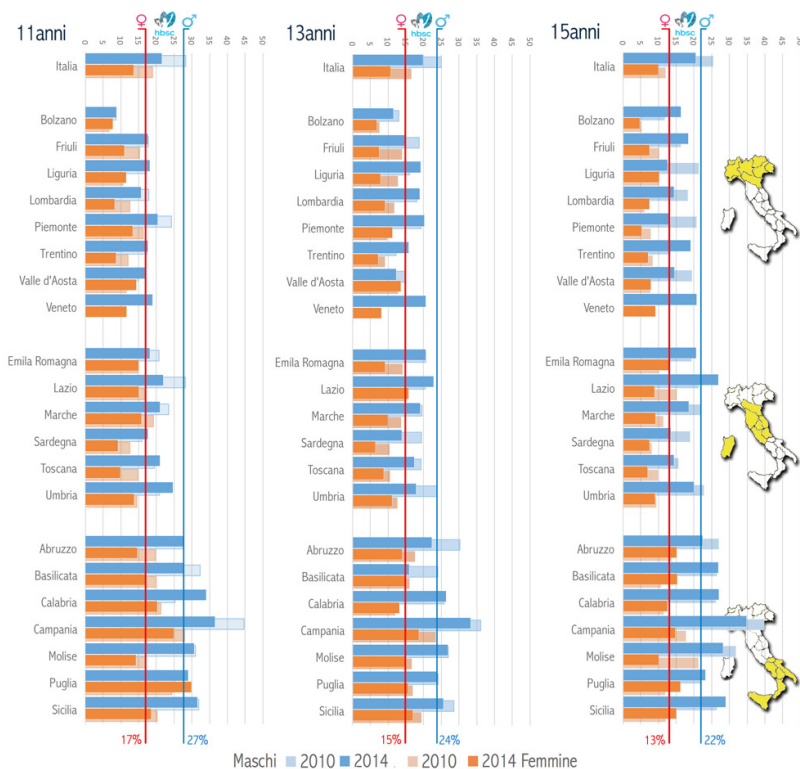
La situazione più preoccupante riguarda gli adolescenti residenti al

Sud, in tutte e tre le fasce d'età e in misura particolare i ragazzi che vivono in Campania, regione con il più alto tasso di sovrappeso. Quasi tutte le regioni del meridione presentano una percentuale di sovrappeso superiore alla percentuale media nazionale e spesso anche a quella internazionale. Nonostante l'importante riduzione osservata nelle due sorveglianze, il dato del 2014 resta comunque molto alto, ancora troppo alto, superiore di circa 10 punti percentuali rispetto alla media nazionale e anche rispetto alla media internazionale.

L'OMS, a questo proposito, si è impegnata nel fornire raccomandazioni basate sull'evidenza per un'azione internazionale orientata alla riduzione del BMI attraverso il contrasto dei principali determinanti del sovrappeso e dell'obesità, attraverso quella che l'OMS stessa ha chiamato una strategia globale su dieta, attività fisica e salute (WHO, 2015).

L'alimentazione è il primo importante passo da affrontare. Un'alimentazione equilibrata richiede piccoli accorgimenti, sia individuali che su grande scala, che se coerenti

Figura 1: percentuale di sovrappeso e obesità (BMI \geq 85°centile) nelle survey HBSC del 2010 e del 2014 nelle tre fasce d'età 11-13 e 15 anni, per sesso e regione di appartenenza con raggruppamenti per Nord, Centro e Sud Italia.



con i cambiamenti culturali, possono avere un considerevole impatto positivo. Tra i cambiamenti più importanti rientrano scelte semplici come aumentare il consumo di frutta e vegetali, come la riduzione drastica del consumo di bevande gassate, di succhi di frutta o di bevande diversamente addolcite. Queste ultime infatti, non agendo sul senso di sazietà, rappresentano la quota più importante dell'assunzione non controllata di calorie in eccesso (Gibson, 2008).

Purtroppo i dati epidemiologici confermano che la gestione del peso nell'età dello sviluppo è diventata una priorità di salute per moltissimi paesi europei e nel mondo. Una priorità che con non poca enfasi è stata etichettata come la sfida del futuro, una sfida contro un'epidemia dalla prognosi infausta (WHO, 2015).

Ridurre la sedentarietà, aumentare le opportunità per impegnare i nostri ragazzi in attività ludico-motorie ad alto dispendio energetico, così come migliorare le opportunità per alimentarsi in modo sano e nelle giuste quantità, sono obiettivi prioritari (Biddle, 2017; Janssen 2010). Obiettivi che pur essendo di interesse individuale, non possono e non devono essere lasciati alla responsabilità del singolo. I ragazzi in sovrappeso in prima persona, così come le loro famiglie hanno di certo una responsabilità, ma non è vantaggioso, non è etico e soprattutto non è efficace delegare la gestione del problema a chi del problema ne paga già il prezzo più grande.

Perché si possano raggiungere risultati significativi è necessario adottare un approccio sistemico che trovi coerenza nei diversi livelli della comunità, da quello politico, a quello territoriale, scolastico e quindi familiare (Rose, 2012).

In accordo con le linee guida internazionali è importante che decisori politici, scuola, famiglie e più in generale la comunità collaborino, con azioni coerenti, per affrontare insieme questo problema.

A livello politico le raccomandazioni invitano a stipulare accordi specifici

e azioni di comunicazione efficaci perché aumenti l'informazione su e la disponibilità di cibi salutari, freschi e a prezzi accessibili; affinché venga regolamentato il marketing pubblicitario rivolto ai giovani, nella tutela delle fasce più deboli della popolazione, i ragazzi (NICE 2007).

A livello territoriale è utile coinvolgere la scuola, attraverso aiuti concreti nella gestione degli appalti su mense e bar e nella scrittura dei capitolati per i distributori a moneta riducendo quantità e offerta di cibo ipercalorico e a basso potere nutritivo, non a caso etichettato come cibo "spazzatura", e aumentando la disponibilità di prodotti più sani e nutrienti. Sempre a livello territoriale è necessario investire sui nostri quartieri, perché siano sicuri e vivibili, perché offrano opportunità per il tempo libero, perché siano luoghi adatti a rendere l'attività fisica un gesto normale e quotidiano (NICE 2007).

A livello della comunità è necessario facilitare la partecipazione ad attività sportive strutturate, affinché siano accessibili a tutti, senza disuguaglianze di genere o di stato sociale (NICE 2009).

E infine a livello individuale è importante che gli adulti riprendano il controllo della partita incoraggiando i nostri ragazzi a seguire un'alimentazione equilibrata e sana, ogni volta che è possibile, aiutandoli a limitare gli eccessi, aiutandoli a sostituire cibi superflui, ipercalorici e trattati con altri più adatti al loro sviluppo; incoraggiandoli a bere più acqua e a ridurre bevande gassate o addolcite; e sostenendoli nelle loro passioni perché siano queste la gratificazione di cui hanno bisogno per uno stile di vita sano e attivo (NICE 2009).

In conclusione, le linee guida internazionali e la prevenzione possono essere di grande aiuto in questa lotta, ma, come sosteneva G. Rose nel suo saggio sulle strategie della medicina preventiva, le code aberranti in una comunità dipendono dalla media stessa. Ogni intervento rivolto alla sola quota aberrante, anomala, della popolazione sarà inevitabil-

mente dispendioso e destinato al fallimento. Ogni intervento che invece saprà considerare la media della popolazione, lavorando sul contributo che ogni singolo individuo sarà in grado di offrire, avrà l'opportunità di essere più potente, più efficace e soprattutto sarà duraturo, caratteristica quest'ultima che ogni attività di promozione della salute dovrebbe perseguire (Rose, 2012).

References

- Biddle, S. J., Bengoechea, E. G., & Wiesner, G. (2017). Sedentary behaviour and adiposity in youth: a systematic review of reviews and analysis of causality. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 43.
- Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes*. 2012;7(4):284-94.
- WHO. Global strategy on diet, physical activity and health [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>, accessed 24 August 2015).
- Janssen, I., & LeBlanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 7(1), 40.
- Gibson, S. (2008). Sugar-sweetened soft drinks and obesity: a systematic review of the evidence from observational studies and interventions. *Nutrition research reviews*, 21(2), 134-147.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Obesity: Guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. Great Britain: London: NICE. 2007.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Promoting physical activity for children and young people. Great Britain: London: NICE. 2009.
- Rose, G., Marmot, M., Giampaoli, S., & Van-nucchi, S. (2012). Geoffrey Rose e la strategia della medicina preventiva. Il pensiero scientifico.
- Wilson, D. et al. (2003). Management of obesity in children and young people: a national clinical guideline. Royal College of Physicians, Edinburgh, Edinburgh

* medico e ricercatore, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino; Membro del gruppo internazionale HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)